

講 演

『 看護概念を考える 』

——— 看護実践の現場から看護概念を発展させるには ———

講 師

聖路加看護大学教授

南 裕 子

看護概念を考える

— 看護実践の現場から看護概念を発展させるには —

聖路加看護大学教授 南 裕 子

それでは、今回のテーマであります「看護実践の現場から看護概念を発展させるには」について、聖路加看護大学教授の南裕子先生に御講演をお願いします。よろしくお願いします。

..... ○

こんにちわ。久しぶりに高知に帰って参りまして飛行機を降りますと、まず歓迎してくれたのがこの熱気でございます。東京でのニュースではトップニュースが高知 37℃ と報道されたりして、懐かしく思っていました、これが正しく体温以上の温度かというのを昨日体験致しました。だいふ熱気でやられておりました所、今日またここにたくさんの方に出席して戴き、みなさんの熱気のなかで一人立って話をするわけでした、圧倒されずにどれだけ頑張れるかわかりませんが、ご協力いただけたらと思います。私の戴きましたテーマは「看護概念を考える — 現場のなかから看護概念をどう発展させていくか」——ということでした非常に堅苦しいテーマですし、内容も堅苦しくなるかと思ひます。幸い冷房が効いておりました、眠たくなるのを少しは妨げてくれるんじゃないかとただただそれに期待をかけているわけでございますが、よろしくお願いいたします。

さっそく本題に入らして戴きますが、看護概念を考えるという原題のタイトルをなぜ、看護理論を考えるという風にしないのかということに関しましては、私は高知女子大看護学会の執行部の人に聞いたり自分なりに考えてみたりしました。これは非常にユニークな発想でございます。私は機会がありまして、福岡だとか、関西地区で同じようなテーマで講演を致しましたが、みんな看護理論を考えるということで課題をいただいたわけです。高知の場合は看護概念を考えるので、これが非常にユニークであるという点において、もう少しあとでそのことについて触れさせて戴きたいのですが、でもそれに入ります前にまず看護理論のことについて話をさせて戴きたい。

今日の話は大きく 2 つに分れて、ひとつは看護理論について私たちが現場でどう考えていったらいいかということ。第 2 点としては現場にいる我々、看護者は、自分たちのなかから看護概念を育てるとすれば、どういう方法があり、どういう方向でしていったらいいのかという 2 つの大きな柱で今日話をさせて戴きたいと思ひます。

8 年ぶりにアメリカから帰って参りまして、本屋に参りました。高知の本屋にも東京の大きい

本屋にも看護の本がたくさん増えていました。特にびっくりしたのは、アメリカで最近取り上げられてます看護理論の殆どが日本語に翻訳をされているということです。日本語に翻訳されていないアメリカの理論というのは非常に数少なくなってきました。1980年代に発表されています看護理論を除きますと、1970年代初期に発表された看護理論は1つ2つを除きますと、ほぼ日本語に翻訳されている。これは世界的にみますと非常に画期的な出来事です。世界の各国にアメリカの看護理論というのは紹介されておりますが、翻訳として商売になるのは日本だけらしいんですね。例えばノルウェーに私の友だちがいるんですがその友だちが幾つかの本を紹介したいんだけど、出版業者の方に持ち込んだとしても決して採算がとれない。つまり読んでくれる看護婦の数が少ないわけですね。だからそういう意味に於いて日本は非常に、アメリカに次いでアメリカの看護理論がみんなの、一般の看護婦達に読まれる国だという風に考えます。

そこで、少しどういう看護理論が発表されているのかというのをみてみましょう。

（資料1 オーバーヘッドを使用）

ナイチンゲールが1850年代に看護理論を発表しまして、それから約90年間の非常に長い長い看護理論の不毛の時期というのがございました。1850年代ナイチンゲールが発表した時期というのは他の学問分野でも多くの理論が芽を吹き出した時期です。近代科学の発展の時期です。看護も近代科学としては非常に同じ時期を^{とき}発してスタートしたわけですが、他の学問分野がその90年間に非常に発達したのに比べて、看護学はどういうわけかなかなか発達しませんでした。^①ペプローが1952年ぐらいに「人間関係の看護論」というのを発表しましたが、それまでの間は、看護学にとっては暗黒の時代といえましょう。看護の実践は存在したわけですが、看護学はあまり発展しなかった時代といえるでしょう。

そして、ペプローの影響を受けまして^②ヘンダーソンや^③ホールという人が理論を発表しました。この3人を私は、近代看護理論の3つの種だという風に考えております。この3人のうちヘンダーソンはみなさんよくご存知ですね。バージニア・ヘンダーソンは日本に昨年いらっしゃった。日本の看護界でヘンダーソンを知らない人は潜りだと思えますけど。でもアメリカですと、ヘンダーソンを知らない人はたくさんいるわけです。ペプローの方がアメリカでは有名なんです、ペプローの方が日本ではあまり知られていないんですね。リディア・ホール(Lydia E. HALL)という人の名前は聞かれたかた、知ってらっしゃるかたいらっしゃいますか。いらっしゃるかたちょっと手を上げてみて下さい。意外に知られていないかたですが、ロエブセンターというリハビリテーションセンターを作るときの土台となった看護の考え方を提唱した人で、非常に重要な役割を果たしております。

その次の代というか、これは年代的には非常にまちまちですが、私は仮にこういう風にアブデ^④

⑤ラ、⑥オレム、⑦レビン、⑧ロジャース、ジョンソンという名前をヘンダーソンとの関係のなかで書いてみました。アブデラは勿論皆さんご存知だと思います。オレムもセルフケアモデルで最近翻訳されておりますから、本屋さんでみられることが出来ます。レビンの本は意外に日本では紹介されていないんですが、マーサー・ロジャースに関しましては、樋口康子さんが何年か前にこの学会で看護の理論についてお話になったようですね。ジョンソンはわりと古いときに論文が幾つか翻訳されて日本に発表されています。わざわざ類系しましたのは、こういうことをしますと本人たちは、いや私はここには属さないとおっしゃるんだろうと思うんですけども、私が主にしたのは人間の基本的ニードというあたりに焦点を当ててみている人たちの派と考えます。

⑨ロイとか⑩マーガレット・ニューマンだとかという人が出ていますが、そういう人たちというのはそれぞれの孫弟子たち、看護理論の孫弟子たちという風に考えてよいかと思います。ロイの本も最近翻訳されております。ニューマンは本当に最近のものでですからまだ日本に上陸していないですが。

それからペプロー派は人間関係論というか、看護とは人間関係だという風にまで一時期言われました。看護とはすなわち人間関係論だという風に考えられた時期がありましたけども、そういう時期の人としましては、看護の探求⑪というのを⑫書かれたオーランド、ウィーデンバッハ、臨床看護の本質⑬という本を書かれた人ですね。それからイモジン・キング(Imogene M. king)⑭「看護の理論化」という本を書いた人です。それからトラベルビーという人が、長谷川先生たちがお訳しになってそれが本がでていますが、それぞれにだいたい理論が違いますけれども、背景に人と人とのつながりを非常に大事にして、(勿論前者も非常に大事にしますが)人と人とのつながりをそのものが看護の理論の中心課題として扱われている人たちです。

⑮かっこの赤い所にレイニンガーという人の名前が書いてありますが、これは文化というのが看護にどういう風に影響しているのかという、文化人類学の学問を取り入れて看護とドッキングさせようとした試みの人です。この人はまだ訳本が出ておりませんが、日本人の患者さんを研究して論文を発表したこともある人です。日本人の男の患者さんが女の看護婦さんに清拭をしてもらいたがっている、ということが非常に奇妙だと感じているアメリカの看護婦の像を書いています。というのはアメリカでは、男性の患者さんの全身清拭を致しますときに、男性は男性がするというような風習が根底にあります。勿論人手が足りませんので男性を女性がすることもあるんですが普通は男性は男性にケアをしてもらいたがっている。それが日本の患者さんはどういうわけか女性にケアをされたがっている。これはおかしい、というような論文でして、なぜそれはそうなるのかという文化的背景を長々と述べた論文を書いた人、レイニンガーです。

⑯そして最近、本当に一番最近 Josephine G. Paterson、Loretta T. Zderad というち

よっといいにくい人ですが。この人はヒューマンステック・ナーシングという題で実存分析を背景にした看護理論を発表している人ですね。どちらかというと人間関係論ですからペプロー派ですが、どちらかというと多少違いますので赤い部類にしました。

⑪ ホールは誰に対しても影響を及ぼしていて、そして割と彼女の領域からもっとも発展していない部分です。というのはホールという人は、看護の行動を看護理論の中心において考える人です。上の人たちというのは我々が対象をどう理解するのかということ、また我々の関係をどう理解するかということに焦点をおいた看護理論であるのに比べて、ホールは我々の行為を、行為の種類を理論化したものです。その領域が看護理論ではまだまだ未発達ですので、彼女の系統の人たちというのが意外に少ない。それともうひとつは彼女の後継者たち、また彼女を尊敬する人たち、ロエブセンターで働いている人たちが実践家で理論家を目指す人たちではなかったので、どうしてもホールの理論を使って実践ができる非常に立派な看護婦さんたちなんだけれども、それをじゃ抽象化するという力においてひとつ欠けた所があった。そのために彼女の理論がなかなか発展しないという所があるんじゃないかなと私は考えてます。

ともかくこういう風にアメリカではたくさんの看護理論がでました。ここに発表されていない⑫ ワトソンなんかも含めると、20や25の看護理論があると思います。どうしてこんなにたくさんの看護理論が出たのでしょうか。それが今日のトピックスの第1番です。なぜこんなにも看護の理論が生まれたのだろうか。

ひとつは、看護学が学問として発展して行きますひとつのプロセスの意味があるんじゃないかということ。つまり看護理論が1番初めに出了たペプローの時代に看護理論というのが無かったと言いますと、看護理論と名付けるものは無かったんだけど看護実践のなかにはたくさんの理論があったわけです。今でもそうですね。「看護理論を使っていない」、「私は何々理論を使っているわけではありません」とおっしゃる方でも、じゃ何の理論も使っていないのかと言いますとそうじゃない。我々の実践は日々医学的な理論だとか生理学的な理論だとか心理学的理論だとか社会学的理論というのを無意識的に自分の体に取り入れて実践をしている。つまりそういう理論を⑬ エリスという人はセオリーズ・イン・ナーシング (Theories in Nursing) と言いました。看護に於ける、または看護のなかにある理論。つまりこういう理論というのはどちらかというと他の学問分野から貸りて来た理論なわけです。だから貸りものの理論だったわけですね。

それで、看護は科学ではないかと考え初めたときにはまず考えたのは、看護が科学であれば当然我々独自の理論があるべきではないか。だから独自の理論を打ち立てたいとそれぞれの看護婦が思った。特に看護の科学を発展していきたい、と考えていた看護婦達は特にそう思ったわけです。だからアメリカは非常に広大な土地ですので、ニューヨークにいる人とロサンジェルスにい

る人というのはそんなにお互いが会うことが出来ません。高知県は東京からかなり離れた土地なんです、ひとつの小さな学会のなかに県外の人が入るということは日本では非常に自然に有り得るわけですね。高知には、飛行機に乗れば2時間で東京から来れます。それがなかなかアメリカでは出来ません。アメリカは非常に広大な土地なんですね。それぞれの土地で、それぞれの人が考えを起こしていきました。今日本で看護理論と呼ばれる理論はどういう理論があるかご存知でしょうか。日本で生まれた看護理論はそんなに多くはないと思います。例えば一番典型的にみ²⁰なさんの頭にすぐ浮かぶのは薄井先生の科学的看護論でしょうか。そして野島良子先生の理論も²¹本になったんですが、その他に論文という形でたくさんものがあります。でも日本の様に交流するところは、たとえば薄井先生が発表されますと高知でも手に入るし、高知でもお呼びしようと思ったらお呼び出来る様な、そういう風に割と簡単に共有できます。

もうひとつの問題は、看護は科学であるかという課題に関係していると思います。今も私たちもそうですが、看護が科学であるという証明が欲しい。というのは私たちは今でも学会にいきますと、看護は科学だろうかという疑問が必ず出ます。科学だという前提で動いているんですね。看護学だという前提で動いているんですね。つまり看護は何だかわからないけど医者とは違う、医者の機能とは違う看護婦の機能というのがある。医者とは違う看護婦の機能がある以上、そして私たちは医者と看護婦の関係を車の両輪だという以上、そこには独自の知識体系があるはずだとなんとなく感じる。何か独自のものがあるという風に感じて。そしたら、その独自なものとは何かという事を看護婦さんたちが探り始めた。つまり看護とは何かという理論が欲しくなったわけです。それまでは看護とは何かという理論じゃなくて、看護というのはお医者さんのお手伝いをする、そして身の回りの簡単な世話をするという事である。今もそれほど変わりは無いんですけれども、その当時というのはお医者さんの後ろにカバンを持って付いていく看護婦のイメージがそのまま生きてた時代ですね。

そういう風にしながらもなお、いや、看護はそれだけではない何か独自なものがある。その独自なものとは一体何なのか、ということに関していろいろな意見が出て参りました。こういう風にこの学問とは何かという理論をまず探そう、という学問的な動きというのは非常に珍しいんです。これは看護独自の動き方だと思うんです。例えば、この間物理学の先生におめに掛けて、物理学理論というのはありますか、と聞いてみたんです。そしたら、物理学理論というのは無い、というんですね。理論物理学というのはあるというんだそうです。理論物理学というのは、物理学が扱う領域のひとつ、小さな領域のなかでの理論を、いくつかあるわけですが、その理論について追求してらっしゃるんです。だから、物理学を全体として統合する、今ある理論をつなげて統合させる理論というのはない。生物学もそうであり、社会学もそうであり、心理学もそうだと。

この間そういう先生方と一緒に会をする機会があって、お話ししたらそういう何々学理論というのは無いんだそうです。どういうわけか看護だけは、看護とは何かということを知りたい。そのために看護学理論というのを思考し始めた。

例えば私たちが看護を考えますとき、まず考えるのが看護目標です。大前提としての看護の目標というのは、医療の一端を担いますのでどうしても健康状態の改善だとか、維持だとか増進だとかいうあたりが目標になってくるわけですし、また別のいい方をしますと、患者さんの自立を促すのが看護の仕事だという風に考えていますが、これは大前提の目標です。それぞれの看護理論家たちの考えている目標をもう少し細目してみますと、少しずつ違って参ります。(資料2)

ひとつは、個人の自然的治癒力が充分働くように環境を整えようと考えた看護理論家⁽²²⁾がいます。これは誰だと思いませんか。そうですねナイチンゲールですね。環境に関していくのが看護だと考えたんですね。で、そのナイチンゲールの考え方を受けついで、ロイもそういう思考を多少は致します。

その次の、個人の基本的ニーズを充足させることが看護だと考えた理論家は、どなただと思いませんか。⁽²³⁾ヘンダーソンですね。次の個人の適応能力を高めると考えた人は誰だと思いませんか。最近発表されたロイですね。その次に、自分で自分のことが出来るようになるように援助することが看護の目標だと考えてる人は誰だと思いませんか。⁽²⁴⁾オレムという人です。セルフケアを提唱した人ですね。

そして、次の周囲との調和が、ハーモニーが保たれるようにすることが看護なんだという前提で理論⁽²⁵⁾を考えた人は誰だと思いませんか。マーサー・ロジャーズです。そして人と人との関係⁽²⁶⁾のなかで自己洞察が深まって、それによって行動の改善が起これと考えている人はペプローを始めとする人間関係論者だということです。

つまりたくさんの看護目標を、看護理論家たちはそれぞれ、自分たちがこれが看護の目標だと考えている目標を掲唱している。これは我々が看護とは何かというのを探っているときに、それぞれがそれぞれの作って立つ所の理論によっているわけですね。ひとつの特徴は、看護は初めは発展していますとき、看護が看護の土台に乗って学習するということではなかったわけです。そういう土台になってるものが、知識体系が看護にありませんでしたので、どこに行ったかという看護のこういう先駆者たちというのは、他の学問分野へ研修に行った。社会学であれ心理学であれ、そして他の行動科学領域であれ生理学であれ医学であれ、そこで使われている理論を元にして自分の看護理論を発展させてゆく。だから、適応理論に興味をもったロイは適応能力について考えるし、マーサ・ロジャースのようにシステム理論に非常に影響を受けた人はシステム理論の考え方を前に出す。それぞれが自分の依って立つ所の理論によって少しずつニュアンスが変わ

ってくるわけです。

なぜこういう風にたくさんの理論が出たか、なぜ我々は看護とは何かという理論を生みだすように努力するのか。ひとつは理論の発達段階に関係があります。理論というのは色々の種類の理論があります。理論の目的とか目標とかによって、違ってきます。

第一番目の段階としては、記述理論と呼ばれるものでこれは、ある看護の現象をみて、例えば患者さんと環境との関係をみるとき、患者さんは環境によって影響を受けるとか、患者さんは環境に影響するという様な言葉でもってただ、2つには関係があるとかその2つが共に存在しているとかいうようないい方をしてただ述べるだけの理論です。第二の説明理論は、なぜそうなのか、環境はどういう風にして患者さんに影響をするのかという説明をする理論です。第3段階目として、純粋科学理論では最終目標とみなす、予測理論があります。つまりこういう環境が整えば必ず患者さんは分裂病になるとか、こういう環境が整えば患者は必ず風邪をひくとか。医学領域では因果関係が非常にはっきりしてるものがありますね。細菌学と伝染病の関係ですね。

ところで学問が未発達なときというのは一番はじめの記述理論が多いわけなんです。とにかく事柄を述べる。これとこれは関係がある。こういう事柄が起きている、というような理論が多い。それに少しづつ学問が発達しますと、それはなぜ起こるのか、どういう風にして起こるのかというメカニズムを述べる理論が増えて来て、そして、予測理論になるわけですね。予測理論になりますと、公理だとか原理だとかっていう様なレベルまで非常に高まった理論にあるわけです。

看護の理論家は何を目指したかといえますと、4番目の規定理論を目指しました。看護の理論家たちは看護婦であり、自分の経験を土台にしていた。実践の看護婦さんたちの特徴は何かといえますと、現場をよくしたい、現場の目の前の患者さんが得するようにしたい。普通の科学者たちというのは現場がどうなってるかとか、世の中がどうなってるかというのはあまり関係ない所で仕事をしています。例えば先日、理論物理学の学者に、「先生は応用物理学だとか、先生のやってらっしゃる理論物理学の領域が実践のなかでどういう風に使われているか、興味が御有りますか。」と聞いたんですね。そしたら暫く考えて、「無いとは言えないんだけど本音をいうと、実は無いですよな。」とおっしゃる。つまり純粋に学者で有り得る領域が純粋科学の領域なんですね。純粋に学者で有り得る。

看護の学者たちというのは本来看護婦ですから、そういう風にただ物事を2つの現象に関係があるだけの関係がないのだ、といっているだけでは満足しない。つまり目の前の患者さんに関わる看護状況がよくわからないといけない。そのよくなる様に導く理論が欲しかった。それを規定理論といいます。これが実践科学の、実践志向性を持つ科学の特徴だといわれています。(資料3)

普通は予測までを期待するのに、それ以上に状況を変えるという、その処方をちゃんと提示す

る理論が欲しい。この規定理論まで発展させるのには余程その1・2・3のレベルが発達していないと、良い規定理論が生まれまいだろう。それなのに看護理論家たちというのは非常に野心家です。だから1・2・3を飛び越して4に向かおうとした。だから、看護理論を使って実践で働いている人たちが一応に言いますのは、看護教育でヘンダーソンを習ったり、アブデラを習ったりオレムを習ったりしてとり入れてやって、実習でも使えた。だけど実践にいくとちっとも役に立たない、と言う言葉をよく聞きます。それはどうしてかということ本当に役に立つだけのレベルまで、つまり規定理論としてまでは発達していない今の現状なんです。つまり看護の理論家たちの言うのは、いろいろそれぞれの場でいろんな風に頑張って自分なりのものを出したんだ。けれど規定理論を目指しながら本当は第一番目、第2番目の段階に留まっている。そういう段階があるんだ⁽²⁷⁾と思います。こういう段階を、こういう学問の状況をどういう風にいうかと言うと、トーマス・クーンという人の言葉で言うと、プレパラダイムといいます。

ちょっと訳しにくい言葉ですので、最近ではパラダイムというのはかたかなでパラダイムという風に使われるようですが、ひとつの確立した学問領域のことをパラダイムと呼ぶとします。パラダイムの前のパラダイムだからプレパラダイム。プレパラダイムの特徴というのは、こういう風にたくさんの方がひとつの現象に対して、つまり看護とは何かという現象に対してたくさんの方が存在する時代をプレパラダイムと言うんだそうです。看護はさっき、看護の目標で示しますように、たくさんの方がいます。看護の目標ひとつとってもいろいろな意見があります。いろいろな意見がまだ融合していないわけですね。そういう時代をプレパラダイムと言う。じゃプレパラダイムの科学の前科学時代、はっきり言えば前科学時代という時期なんだ。科学を思考している前科学時代が、本当に科学の時代に入るのにはどうしたらよいか、これは解答がありません。トーマス・クムという人は革命が起こるといいます。

物理学の先生方と話をしていまして、こういう革命のことを話しますと、例えば一番はじめ、私たちが良く知っています様に、今は地球が太陽の回りを廻っているというのは真理として私たちが学んでいることですが。昔々は太陽が地球の回りを廻っていると思ってた。そういう風に実際私たちの目にも見えますものね。だからそういう風に信じてた時代があってそれが真理だった。それがプレパラダイムの時代です。それが進化が起って、突然誰かがそれをひっくりかえした。そして全々反対の事実が真理であるということがわかった。で、プレパラダイムからパラダイムへ、科学的革命というのはこのように、天才的な誰かが来て突然それを覆すんだと言うんですね。

で、物理学の先生方にいわせますと、僕たちのように鈍才は、（きっと彼は鈍才じゃなかったんですが）鈍才はせつせと先輩たちが言って下さったものをこつこつこつこつとやってゆく。で私たちは重いリュックサックを背負っている。先輩たちから教えられた荷物をしょったり、帽子

を被って歩いている。現場のなかで理論を使って自然現象をみて、今ある理論がおかしいと思ったときには彼はどうするかというと、一応、物理学の荷物を下ろしてみても、本来の哲学へかえるというんですね。物理学者たちは哲学の領域へかえってもう一度、物の見方、自然現象のみかたを考え直すという風にいつてらっしゃるんですね。それでも僕は鈍才だから突然革命を起こすようなことにはならない。どういうわけか、誰かが、どこからか、やって来て、自由な目で突然ぱっと翻して、物事をみさせるんだ。そういうことをする人がくる時代がくる。それでパラダイムになると言うんですね。

それじゃ私たちは一体何をしたらいいのか、その間鈍才はどうするんですかという話をしたんです。パラダイムは、何もなくて突然革命が起こるわけではなくて、何かの積み上げがある中でなんか全々ものの考え方の、思考性の非常に柔軟性のある、弾力性のある人が横からきてぱっと翻すんだけれども、もともと何かがないことには翻しようのないわけで、そのもともと何かがあるというそこを、どういう風にしてゆくかということなんだと思うんですが。

ひとつはいろいろな理論がある。その理論を横にならべてみて、そしてその横の共通要素とかまたは相反するものというのを調べてみるという作業があるんだと思います。この作業はもう既に始められてまして、アメリカのなかでシステム理論に影響を受けた看護理論をずっと横に並べて、共通要素は何か共通してないものは何かという研究がなされるようになりました。例えばシスター・ロイという人の動き方ですが。この人は尼さんでももとはジョンソンのお弟子さんでカリフォルニアのロサンジェルス校の卒業生ですが、そのロイがジョンソンの影響を受けてそしてロジャースの影響も受けてロイ理論をうち立てたわけです。ロイにお目に掛る機会があって、彼女たちのひとつの動きを探ってみたわけですね。アメリカというのは広大なところで、あちこちで看護の理論家各々の理論を発表している。それぞれ言っていて、例えばニューヨークの看護婦達はジョンソンやロイの理論をあまり知らずにいるけど。ロジャースの理論を知っている西海岸の人たちはロジャースの理論というのは非常に難し過ぎてわからないと言い合ってる。これじゃ何にもならないから一緒に集まろうではないかということになったわけですね。例えばロイなどが音頭を取ったわけですね。どこかで一手に集まって話し合おうじゃないかと言ったわけです。そうするとどこでやるか、アメリカのどこで話し合うか。西海岸に集って下さいと言えば東海岸の人が文句を言う。南に集ろうと言えば北が文句を言う。北で集ろうと言えば南が文句を言う。だからみんながそれぞれ散らばってるので集まる所が困難なんですね。そこでロイが考えたのはアカプルコへ人を呼ぶことにした。アカプルコというのはメキシコで、リゾートプレイスですのであそこならみんな行きたがっている。でそういう所へだったら外国だし、アメリカじゃないしちょうどアメリカ大陸から四方八方一緒に集れるから。そこで、こういう看護の理論を横に並べ

て、何が共通で何が共通でないか。もしひとつの統合した理論に成り得るのか、または別々の理論は別々の理論にしていってどうかという話し合いがなされたんだそうです。そういう動き方というのはなされてまして、当たり前みたいなものですが。

今の所看護では、看護の理論と呼ばれるものは4つの概念から成り立つと考えています。

ひとつは対象者である人間、ひとつは環境または社会・人間社会、そして健康状態。そして看護介入・看護活動。この4つの要素・4つの概念を統合したものが看護理論だという風にいうんだと考えている人達がいます。またある人達は、いや3つなんだ。すなわち看護の理論というのは看護目標と看護の対象と看護の活動とこの3つが看護の概念だという風に考えている。多少ズレてはおりますけども大体の所では5つくらいあれば看護理論だという、どうもいえそうなんです。ひとつは看護目標、そして看護の対象者である人間論がありますね。どういう風に看護は人間を理解するか、どこを、人間のどの部分に関してゆくか、どういう風に関っていくかという所の人間論。そしてその人を取りかこむ社会の問題・環境の問題・それから健康状態ですね。勿論我々は医療領域です。健康状態であり、そしてそれに対して看護活動はどういうふうに関っていくのか、その5つの要素を統合し組み込んだものが看護理論だと考えられるようになりました。そういう風に話し合いがされる時代が来ています。

もうひとつはアメリカのひとつの動き方というのは、看護の理論家と看護の研究者と看護の実践家、とこの3つのグループが非常にばらばらだった。本当に最近まで、1970年代までは、3つはそれぞれ自分の独自の領域で頑固に、お互い話し合いをしなかった。看護の理論家たちというのは机上の空論だと看護の実践家たちは考えていました。机の上でものを考えて創ったものなど、ちっとも看護の業務には役に立たないと考えた。看護の研究者たちというのは独自で、理論家たちというのがどちらかと言うと行動科学の領域で勉強した人が多かったんですが、看護研究者というのはどういうわけか医学領域・生理学領域・自然科学領域で学位をとる人が多かった。だから看護の研究というのは実験研究だとか、また調査研究だとかそういう数字で扱う量的研究が多かった。つまりその人たちからみれば自然科学の方法を使いますので、看護理論家たちが使っている行動科学の発想は非常に奇妙に映る。ああいうのは科学じゃない。あれは遊びだということですね。頭のなかの遊びだと。看護の実践家たちを、看護の理論家や研究家はどうみたかという、あの人たちは、ものを考えたがらない人たちだと考えた。だから日本でも、その人は頭でっかちだとか、あの方は手八丁口八丁という人たちのね。そういう風に分けて3つが別々に反目し合ってた。

それが、アメリカのなかで非常に大きく変わり始めます。1970年代に変わり始めたのは3つがばらばらであつたら看護学という学問は絶対に発展しない。これが看護理論は確かに、私た

ちの現場を非常に大きくは変えはしない。けどどこが使えてどこが使えないのか、ということ位は実践でテストしてみようじゃないかという考え方が起こってきた。看護の研究は看護理論なんて全々関係ないところで研究していました。痛みの研究にしてもまたは汚染の研究にしても、看護理論なんて全々後ろに無かったんだけど、看護理論を使って後ろの概念的な枠組にした研究をやってみようじゃないか。

②⑧ 例えばロジャースの看護理論を後ろにして、非常におもしろい研究ができました。それは、ご存知の方も多いと思いますが、例えば未熟児の育児、保育器のなかに入った赤ちゃんの研究ですね。保育器の赤ちゃんというのはどうしても未熟ですからお母さんと切り離されて育てられる。そうするとお母さんがもっている要素が全部欠けてくるわけですね。例えばお母さんの声・お母さんの体温。お母さんは赤ちゃんを抱いたとき必ずゆするわけですから、その振動。それらが全て保育器にはない。だからそういうものが、ロジャースの理論はシステム理論という。ひとつのシステムは環境と交流をし合って成長発達してゆくというのがロジャース理論です。だから、成長発達にとって重要なのはそういう風な、たとえばお母さんの声でありお母さんの体温であるという風に考えて、お母さんの声を録音してきてそして保育器の横にくっ付けて聞かせる。1日何時間か何回か聞かせる。でそして聞かせた保育器の赤ちゃんと聞かせなかった保育器の赤ちゃんを比較検討して、どちらが成長発達が早かったか。勿論聞かせた方が確実に有意差を持って成長発達が早かった。でお母さんはこういう風にゆするわけですから保育器のなかで、揺り籠式保育器を作った人がいる。で看護婦が保育器をつつくわけです。そうすると保育器がゆらゆら揺れるというやり方でやって、そういう揺り籠式保育器とそうでない保育器の赤ちゃんを確めてみると成長発達は有意的差をもって、統計的に差をもってつづいた方が成長発達が早かった。というような研究がロジャース理論をうしろにして起こってきた。別にロジャース理論だけではなくて他の理論も使えるんですが。でも看護理論を後ろにした研究をしようじゃないかという動きができて、既にもうどんどんそういう研究がなされるようになりました。つまり三者が合体しようという動きですね。私たちは天才ではないから天才ではないもの同志の動き方というのをしようじゃないか。今日は特に実践のサイドからの話ですので、じゃ実践のサイドからは今ある理論をどういう風に考えて使っていったらいいのかという話に移っていきたいと思います。

さっき言いましたように看護理論というのは規定理論という高いレベルの理論をめざしていながら、実際に記述理論であり、せいぜい説明理論までしか発達していない。それじゃ役に立たないかということそうじゃないらしいですね。私の先生で今 1月に日本にもいらっしゃるんですが、②⑨ Patricia Underwoodという人がいます。その人がオレム理論を精神科領域に取り入れて、③⑩ オレムアンダーウッド理論というのを発展させました。それはオレムは自分で自分のことがで

きるようにするということが看護目標の理論ですが、その理論を用いて精神科病棟の看護体制を全部変えていったんだそうです。私たちは看護理論をたくさん使って、ヘンダーソンもくっつけアブデラもくっつけ、いろいろなものをくっつけてやって行くんですが、ひとつの理論で統合してやろうという動きは非常にユニークなんですね。というのはたとえば、なぜそれがいいかと言うと、その理論を使って役に立たなかったらこの理論は役に立たないとはっきりいえるわけです。今私たちがやってるように基本的ニードのアセスメントはヘンダーソンに基づいて、何とかの所はナイチンゲールに基づいている。といろいろやってみるとどの理論のどこが役に立たないのかわからないんですね。だから、アンダーウッドが考えたのは、ひとつ理論をとってみよう、自分のそのとき一番気にいった理論をとってみよう。彼女がなぜオレム理論をとったかといいますと彼女は看護の独自の機能とはなにかというのを考えつづけたわけです。

彼女が考えたのには看護の独自の機能というのは看護理論には2つの流れがある。さっき言いましたように、ペプローの流れとヘンダーソンの流れですね。つまり日常生活上のケア、その人の基本的ニードに注目して日常生活上のケアをする部分の看護と人と人との関りを中心とした看護とがある。その2つの流れがある。で精神科看護というのは1970年代までの精神看護学というのは非常にペプローの影響を受けていきました。だから人と人との関係を中心の看護理論を発展させて、それを使った看護教育をうけた人が増えてきたというわけです。というのはその人たちは大抵修士課題を出ていましたので、カウンセラーだとかコンサルタントだとかマリッジカウンセラー・結婚相談員だとか家族相談員だとかと言う資格までみんな身につけて心理の人たちと同じような機能が果たせるようになった。つまり看護婦さんが患者さんを自分のオフィスへ呼んできて、そして1対1で1週間に1回とか2回とか話し合っ、そして患者さんが自己洞察を深めていくというような過程の精神科看護が増えてきた。そしてその理論を現場のなかでも使おうとしている。共感だとか受容だとかという言葉をつかってそれをやろうとしたわけですね。

そうしますと、たとえばアンダーウッドが一番初めに仕事をしていた大学病院のようなところでは患者さんは20床、非常に極端な例ですが、ベットが20床でお医者さんが10人位いらっやって心理の人たちも5人くらいいて、社会学者も5人位いて、という所なんですね。看護婦も20人のベットのなかに患者さんと同じくらいの数いる。そうしますと、看護婦さんは心理療法をやりますにも、心理療法の元々の主な機能の心理屋さんがいるし、精神科医がいる。それは看護機能ではないということになるわけですね。看護婦がそれをやりますと、他の人から必ず文句が出てくる。それは看護婦のやる仕事ではない。それは僕らの仕事なんだ。じゃ看護婦独自の領域は何かという風に言われますと、人が自分自身のことは自分です、というような生活機能のレベルの問題だということがわかった。だから彼女はそういう生活機能に焦点を当てたオレム理

論をとったと言うわけですね。

もうひとつオレム理論が非常に面白いのはオレムというのは、自分自身のことは自分で出きるという所だけに興味をもっていますから、その人を総合的に理解する、そのときの総合理解の仕事はオレム理論だけでは役に立たないというわけです。どういう風に人を理解するかという理論をオレム理論はもってないわけです。だからオレム理論を使うときは、他の理論が必要なんです。たとえば、精神分析理論だとか社会学習理論だとかといういろいろな理論が必要なのです。でそういうようになりますと違う理論をドッキングさせて使うんですね。そうしてそれがいいかえますと、精神科のような所ですと、それぞれ独自の考え方があります。ある人は私はフロイト派だと、精神分析派だと。私はサリバン派だとか。いや、私はそんなのは全々興味を持ってない。むしろ器質的な原因によるものだと考えてるとか、いろいろな考え方があります。他の理論、たとえばトラベルビーの理論だとか、そしてゼドラード^③という人たちの理論でいきますと、その人が持っている実存分析だとかシンボリックインターアクションだとか、そういう理論とその病院の医者との考え方とがくい違いますと、必ず医者との間に摩擦が起こってきます。つまり精神病理をどのように解釈するかが異ってくるからです。

オレム理論ですとどんな精神医学の理論をもってもオレム理論とうまくドッキングが出来るのだとアンダーウッドはいいます。そういう所がアメリカ人らしいプラグマテックな所です。彼女はそういうオレム理論を使って、看護の病棟の編成作りをし直した。何がよかったかといいますと、患者さんにとって良かったということもあるけれど、一番よかったのは看護婦のモチベーションが上がった。つまり看護婦の仕事へのやる気がかわったと言うんですね。そのやる気が変わったというのはなぜか、という看護婦同志が使う言葉が統一されたというんです。私たちはどういうわけか看護というのはユニバーサルであると考えてまして、看護婦ならお互いに考えることは同じだと思ってる前提があるんだけど、実際はそうじゃないですね。我々は非常に教育的背景が違うことによって用いる言葉が違います。

病棟へ入りますと病棟で使う日常用語というのは習いますから、たとえば格変なし、というのは既に習うわけです。だからそういう共通語が有るじゃないか、カルテはみんな同じように書いているということを言いますが、実際はそうじゃないんですね。もっと深い所で言いますと、それぞれ自分の依って立つ所の理論によって自分の信じてるものによって随分違って来る。言葉が変わる。だからその言葉を同じにしよう。言葉を同じにしますと、同じ仕事ができる。同じ言葉を使って仕事ができる。同じ方式ができる。で、ひとつの特徴というのは、その同じ言葉を使ってひとつの理論によってやろうとしますと、私がそういう話をしますといいお仕事をなさってる看護婦さんから聞く言葉は、ひとつの理論を使うとその理論が完全でないから完全でないと。そ

の完全でないがゆえにおちこぼれてしまうんじゃないか。つまりおちこぼれていく現象というのがあるんじゃないか。患者さんを全体的にとらえるという我々の看護婦の考え方から反するんじゃないか。自分自身のことは自分でできるという所だけみていると我々看護者が思考してる考え方と違ってきて、おちてゆくんじゃないかという考え方があります。

例えば、看護過程というものをひとつ考えてみたいと思うんですが。（資料4）看護で使われています看護過程・ナースングプロセスというのは2つのものがあります。ひとつは看護経過と昔呼んでました。問題解決法に基づく看護過程ですね。これを看護過程と呼ぶグループがいます。もうひとつのグループは人間関係の展開。ウィーデンバックの看護過程というのは人と人との関りがどう展開するかという辺りで看護過程と呼ぶ、ナースングプロセスなんですね。

ある学校で看護教育をします。看護過程を問題解決法に従う看護過程だけで絞って使ったとしますね。それででてきた看護婦さんたちの行動をみたり、そこからでてきた学生の行動をみたりしますと、どうもこれだと、これだけで看護過程をみますと、人間関係の展開を中心とした看護過程でやっていることがストンと落ちてる、ということが分るようになります。でこっちだけで看護過程を、という問題解決法の欠点というのがみえてくるわけです。落ちてきたものが非常に明解にみえはじめるのです。

看護の教育とか看護の実践の非常に大きな特徴は、失敗を許さないという立て前があります。だから落ちないように落ちないように、全部をやってるんですね。そのために何を使ったらどういう効果があったか、ということがわからないようになってる。何を使ったらどういう効果がなかったかということもわからないようになってるわけですね。で、こちらだけで考えているグループの人たちで実習をいたしますと、完全に落ちるものがでてくる。で落ちるということがわかる。すなわち、ことばを統一しますとことばを統一するがゆえに落ちる看護現象が出てきます。そこで初めてその看護過程の限界がみえるわけです。限界ということは看護過程が悪い、ということではない。その看護過程を使う以上それでは使いきれないものがあるんだ、ということが非常に明確になるわけです。そういう意味で私たちは、問題解決法による看護過程を使うときには他にどういうファクターをいれて教育しないといけないか、ということが明確になってきはじめた。それをそうではなくてはっきり実践ではつかいませんと、そういうことがわからないわけですね。

オレム理論を学んだ人は、アンダーウッドによると、みんなが共通用語を使ってみんなが共通に実践を致します。で、私たち外部者が行きますと、この現場というのは非常にいい仕事をしている部分がある。しかし一方、落ちてる部分があるわけですね。その落ちている部分が何かということがはっきりすることで初めて、看護とは何かが明確に分ってくる所があります。私たちは

実践する時リスクをおかすことを非常におそれます。だけれど、じゃ日頃リスクを犯してないか
という、最初に言ったように、そうではなくて、私たちは絶えず理論を使ってるわけです。患
者さんに会おうときに、患者さんにアセスメントするときに、必ず何かの理論をうしろにもって
やってるんだけど、問題は自分がどの理論を使ってやってるかがわからないからどこが役に立
って、どこが役に立ってないかわからなくなっているのですね。だから私たちははっきりと、オ
レム理論にしろということではなくて、自分が依ってた理論がわかると、その依って立つ
理論によって起こってくる欠点がみえて、むしろはっきりと看護がわかってくるという特徴があ
るんだという風に私は思います。

もうひとつは、看護理論が使えないと考えてた実践家たちの失敗でもあり、また一方理論家た
ちの失敗は理論の操作化にエネルギーをさかなかったという点です。理論というのは抽象的な作
業です。現象から離れたところで起こります。現象そのものを表すのが理論ではなくて、現象を
もっと普遍的にするものが理論なわけです。そうしますと、そのままでは役に立たない。そのま
ま読んで、たとえば今日オレム理論を読んだから明日からオレム理論になるかというところじゃ
ない。オレム理論を読んで、自分の病棟にオレム理論を使おうとします。たとえば、アンダーウ
ッドはあちこちの病院の看護モデルを変えてるんですが、私がひとつの病棟を変えるのにどれだ
け時間がかかるかとききました。そしたら、彼女は最低1年かかる。つまり最初彼女は、病棟や
病院の看護婦対象に、オレム―アンダーウッド論を講義するのです。そしてそれを聞いた人、病
棟の主任さんたちが、また病棟の婦長さんたちが、いやこれはなかなかおもしろい、やってみよ
うじゃないかといった人がまずでてる。そしてその人がアンダーウッドに相談をする。アンダ
ーウッドが病棟へきて看護婦たちに具体的に説明をする。そこから始まって1年掛るというんで
すね。

つまりどういうことかと言いますと、今ある看護の現場の現象をはっきりみて、そして現場の
現象を汲み取った上でさらにオレム理論をどう組み込ませてくるかというひとつひとつのステッ
プがあるんです。理論の抽象性を現場の具象性に近づけてゆく作業ですね。たとえば、朝看護婦
さんが仕事を始めるときに、何をやるかという点まではっきりオレム理論を具象化させるのには
その病棟に合った方法というのは非常にこまかく定義づけしなくてはならない。彼女がある病棟
を変えるためには、彼女は必ず一冊の本を書きあげます。最終的には一冊の本が出来る。それは
オレム理論の理論的な根拠だけでなく、こまかいひとつひとつの定義があって、その定義と
いうのはその病棟に合わせた定義なわけ。病棟に合わせた定義にもってくる、その作業がと
ても創造能力豊かな人でないと出来ない仕事なんですね。ここの部分が今までの我々の努力の
なかで欠けていた、と思います。つまり私たちはオレム理論を読んで勉強をすれば、病棟をオレ

ム理論で変えられるかというところじゃない。それにオレム理論を私個人で読んで、私だけがオレム理論をやってやろうとすると、それもかなわないわけです。看護というのはチームでやってますから病棟全体が変わるという意識がないとオレム理論の効果があるわけではありません。教養書として役に立てるならともかくとして、看護の実践に使おうと思えば、それだけ勇気が必要なのです。かなりのエネルギーが必要です。かなりのエネルギーと勇気をもって、看護婦が今まで自分の病棟の中でやってきたことがおちてくるかもしれないというリスクをおかしてまでもやろうとしなければ、ことはなされません。

理論はそのままではテストできないのだから、そういうふうに非常に時間のかかるものだし、それをするには決断がいります。それもひとつおりのものでない決断をして、臨床に持ってゆくのです。持ってきて使うわけですが、1年2年とやってみて役に立たなければ、オレム理論なんてのは存在しないわけです。我々は、鈍才だからどうするかというと、そういう理論を使ってゆく努力を絶えずしながら、自分達の理論を作ってゆくか、または取捨選択をしてゆく過程の中で自然淘汰的に今まで発表されてきた理論のいくつかはなくなるだろうというふうに考えられています。20余りの看護理論の中で、いくつかは本を読むだけでこれは私にはあわないというのがわかるわけです。

たとえば、ロジャース理論はあまりにも抽象的すぎて、実践には持ってゆきにくいと、実践家達はよく言います。研究家達は、わりと研究的な概念には使えますが、実践には、まだまだ使えないという風に考えます。

もう1つの動きは、たとえばオレムを考えますと、オレムを中心とした御弟子さん達のグループというのがあることです。彼らが看護理論を系統的に考えるというので、1つの翻訳本が出ていますので、オレム理論とだきあわせてごらんになるとわかると思います。御弟子さん達は、その理論をオレムがやれなかったレベルにもう少し抽象化したり、もう少し具体化させたりする作業をしているのです。つまり、看護理論というのは、1人では絶対に発展しないのです。必ずその周囲に集団を作って、その集団の人達がそれを変えてゆく作業をしているわけです。そういう形で看護の現場の中で今ある理論を育ててゆくのです。

傍観者ですけど私は、日本の薄井先生の理論がどういうふうにつくられ、とても興味があります。先生のところは千葉大学で、修士課程があります。修士課程には、先生の御弟子さん達がいます。その御弟子さん達だけでなく全国に、彼女の御弟子さん達はいるわけです。ですから、その御弟子さん達は、現場の中に薄井理論を持って行って使います。使ってみて、使える所と使えない所があるのをはっきりさせて、彼女のところへ返したり、または自分のところで、修正薄井理論というのを発展させているのです。そのことによってまた、どんどんと薄井理論も変わっ

てくるでしょう。

こういうふうには、必ず、何かの理論を一生懸命あためて、大事にして、根気よく使って考える作業を、現場の中でしてゆく必要があると私は考えます。その他に、我々が、実践するときに考えなくてはならないことがあります。

1つは、我々はいつも人間を見るとき、哲学を持ってほしいと言われますが、そういう哲学にどの理論もどの学問も必ず影響を受けているということです。そういう哲学から影響を受けた理論があり、そして我々の創造的技術があります。本当は両者はくっつくのですが、この間が少しあきすぎているようです。ここでの創造的技術というのは英語の Art というものです。昔は Art は、芸術と訳されていましたが、そのうち芸術ではないらしいということで、技術と訳されるようになりました。技術というのは、technology ですから、それは Art ではないというので、最近は翻訳者が非常に苦勞するのです。私は創造的技術というふうに訳したいと思います。理論とか哲学を土台にしてその人が創りあげてゆくものなのです。Art というのは、芸術家という人がいて素材を見て自分なりに素材を解釈して、何かを創りあげてゆく作業をしますね。そして創り上げたものが一般の人に同意を得られたり、観賞に耐えるかというのが Art の特徴です。

Art の特徴のひとつは、観賞者の目とその評価を決定するということです。それでは看護はどうでしょう。看護がもし Art ならば、対象者が選択したり、捨てたりするものです。我々は、そういう意識があまりなく看護ケアをみているのではないかと思います。どちらにしても、我々の技術というのは、ただ technology ではない、care の部分が入っています。医者というのは cure を目的とし、看護婦というのは care を目的としているわけです。その人の Art 創造的技術をつくりあげていくものが必要となります。(資料5)

③

氏家幸子さんは、日本の中で、この技術を理論化しようとする作業をやっています。看護理論というのはもともと Art に大きく影響を及ぼします。理論はそのまま Art ではありません。理論をどう表現してゆくかというところに、我々実践家の Art があるわけです。

どういうわけか、我々看護婦の中で、開業できる看護婦というのは、助産婦くらいなものです。その他は開業できないわけですから、はやる看護婦、はやらない看護婦というのはありません。最も、病棟の中で人気のある看護婦・人気のない看護婦というのはあきらかにありますが、保健婦でも助産婦でもそうでしょうね。

だからといって患者さんはその看護婦が行くと、プイッと横を向くかと言うとそういうことはない。患者さんは看護婦に対して非常に弱い身です。だからあの人だと困ったな、嫌だなと思いつつもニコニコして下さるわけです。そういう辺りというのは、我々は直接的に患者側から、

自分はというアートを売り込んでいるのかなんて、自分のアートは相手に好評かどうかなんてあまり考えないでやっていることが多いのだけれど。

実際はそういう部分っていうのは必要なわけです。そのアート化の所を我々は、自分なりにしようとしてゆく。そこのこの理論の部分とアートの部分の区別というのがやはり、ある程度意識的に必要ではないかと思います。

我々実践家というのはアートを良くしてゆこうとするわけなんだけど、アートを良くしてゆく時に自分の哲学があり、その人の人なりがあり、自分のいろいろなものがある。だけど、それを導く知識体系としての理論というのが、非常に大きいウェートをしめると私は思う。

教育された学校の違いが若い看護婦たちの間にもよく表れるわけです。これは現場に長くいらっしやる方たちはよくわかると思うけど、新しい若い看護婦が来て実際に仕事をさせると、その技術が上手とか下手とか言うだけではなくて、人にどう接してゆくか、人をどう理解してゆくか、学校の教育によって随分違う。それはAという学校がいいとかBという学校がいいとかというのじゃなくて、その学校のもっている理念や教育の方法の理論的背景が違うんだというように私は思う。

私も長い間高知女子大学にいましたが、そして今は聖路加看護大学にいますが、随分違う2つの大学に接触することになりまして、教育とはこんなにも違うものかとしみじみ思っています。教育のもつ力の大きさというものを学生の上にまざまざとみるんですが。そういう様に教育の土台となっている理論的なもの、つまり教師の人となりとか何とかいうのはその部分も勿論あるけど、その理論の大きさと言うのを感じる。だからこそ我々は、看護理論というのを大事にしてゆかなければならないのだろうと思う。

話をそういう今ある理論をどう現場で使うかということから、では今現場のなかからどう理論化するかという話に移ってゆきたいと思います。

さっき私が看護理論、看護理論と言っていたのは、ロジャース理論にしても何にしても、いわゆる看護理論の中では誇大理論と呼ばれるものです。看護現象全体を見ようとする理論が、誇大理論だという具合に考えて下さい。看護現象全体を、看護とは何かという所でつつみこもうとする理論です。

最近、社会学領域でもそうですが、そういう誇大理論では十分ではないのです。むしろ学問が進むためには、中範囲理論というのが必要なのです。つまり、看護とは何かという大きいものではなくて、もう少し小さい、たとえば痛みを持つ人の看護だとか、または、やけどの看護だとか、または、人と人との間の接触がむづかしい人に対する看護だとか。そういうふうにもっと小さい所で、現象をもう少しちぢめた所で考えてゆく中範囲理論が必要だというふうに言わ

れています。その中範囲理論というのも、非常に抽象的な作業ですが、それをつくりあげてゆくために、私は、小範囲抽象化という作業が必要だというふうに考えています。この学会の最初に看護理論を考えるとというのではなく、看護概念を考えるとという意味において非常にユニークだと申し上げた理由は、ここにあります。（資料6）

これはどういうことかという、理論というのは、いくつかの概念から成り立っています。理論を構造化しますと、この図のようになります。（資料7）理論はそれの土台となる仮定から誕生したのですが、仮定というのは信条だとか既存の原理だとかいうのがあって、それに基づいていろいろな概念が提唱されます。そして、その概念と概念を結びつけるものが命題ですが、こういうものの全体が看護理論と呼ばれるもの、または中範囲理論もこういう事を含んでいるわけです。だけど、どの理論を考えるにしても、1つ1つの概念の内容をくわしく調べるという作業が必要です。1つ1つの概念が豊かでないといけないわけです。その意味において、さっき言いました小範囲抽象化という作業は、現象の中から1つ1つのある非常に重要な概念をつくりあげていくという作業で、看護ではこれがまず大事だという気がします。

今の看護の中で何が欠けているかという、かなり抽象化したレベルのものはあるんだけど、目の前の現象を今あるがままに取り出してきて抽象化して、看護の概念を考えるという作業が非常に欠けているのです。こういう作業を私達はこれからしてゆかねばならないんじゃないでしょうか。だから、看護理論を考えるという大きなことではなくて、看護概念を考える・私の看護概念・私が特に注目している看護概念・看護の現象を扱う概念を考える作業というのが、これから大事になってくるだろうというふうに私は思います。

私達は、たとえばこういうことがわかっていないんじゃないかなという風に思うんです。シスコ・ファーガハウ（Shizuko Fagerhaugh）という人が、看護の現象の中で、看護婦がやっている作業の中で私にはわからないことがある、というのです。（彼女は看護婦なんです）それはどういうことかと言うと、2つの相反する価値判断を、価値が同時に自分の体の中で行なわなければならないと、看護婦は言われています。たとえば、汚ないものを看護婦が扱うときです。たとえば私達は排便や排尿・失禁の世話をします。汚ないものを扱うときに、患者さんの目の前に行ったときに、いかにも汚ないという顔をしてはならないと習います。汚ないのを汚ないと自分の感じるのをおし殺して何事もないかのように、患者さんの身になって考えてゆこうと習うのです。痛みのある患者さんのところへ行きます。すると私達は痛みに対して適切な処置をします。たとえば、頻死の患者さんの所へ行きます。普通、素人が行くとおろおろします。出血する患者さんを見ますと、出血におどろきます。そういう素人の判断を、素人の感情を押し殺して、いかにそれをさばいてゆくかということを経験します。

私が昔、高知にいた時には、半年が精神科で、半年が外科で生活していました。半年ごとに外科病棟に行き、実習指導をしていたわけです。半年ぶりに外科病棟へ行って、一番始め学生が実習にくる前の日に、病棟にどんな患者さんがいらっしゃるかを見るのに一番いいのは、回診介助につくことですね。回診について患者さんをずっとみてますと、どんな患者さんがいるかが一日瞭然にわかります。病棟の端から端までずっと回ってひととおり終わりますと、私は自分でも何となく顔色が悪くなっているのがわかり、気持ちがムカムカします。患者さんはどこかいくつか穴があって、出血していて、痛そうな部分にはってあるガーゼを看護婦さんがさっと取りあげたりとか、切ったりとか、本当に見るからにムカムカするような体験を1人づつしてゆくわけですね。その日は、さすがの私でも食欲が減退するような経験をするのです。それが翌日、学生がきますと、もう平気な顔をして病棟を回るわけです。2日目・3日目になると、見てもちっともムカムカしなくなります。こういうのを脱感性というんです。感性を越えるのですね。

昔、教えていただいた先生が、非常にいいことをおっしゃいました。私達看護婦というのは、不人情な看護婦になってはならない。しかし、一方で大切なのは非情になれることだと。だけどそういう一面がある以上もう一面の看護婦は、非常に情のある人間味豊かな、患者の痛みのわかる人間になれば、私達は言われます。これは、看護の非常に重要な2つの側面です。目の前に患者さんがいますと、私達はその2つの要求を、つまり汚ないものを汚ないと思ってはならない、そしておそろしいという感情を殺して非情になってがんばるのです。それでいて、その人の心の痛みや衰しみがわかるようになるのです。その2つの側面を自分の体の中にとり入れて同時にやってるわけです。それがうまくいかないと、うまくいくときがあります。

たとえば、私が臨床看護婦であったときのことです。申し送り直前で急変した患者さんがいらっしゃいました。こういう時、夜勤の看護婦は、本当に困ります。申し送りをしようか、急変の看護にかかろうか。私はちょうど交替時間で日勤として入ったので、夜勤ナースとの代りに、その患者さんの病室に入って行き、緊急の酸素 TENT をしました。患者さんは、半昏睡ですから、酸素 TENT をして血圧を測ってという、いわゆるいつもの救急看護をしました。その時は、いかにこの患者さんを救うかということに私の関心はあって一生懸命でした。そのうち、患者さんは気がつかれて私の顔を見られたのですが、最初に言った言葉は、「南さんお食事すましてしましたか。」という言葉だったんです。その時私は、胸をつきさされるような思いがしました。それまで確かに目の前に患者さんがいて、この人の命を救わないといけないというのはあったけど、ごはんのこととか、一人が生きている人の生活のことなどどこかへ行ってしまい、命を助けないといけないというので、家族も全て外に出してバタバタやってたわけです。その方は、もうあきらかに亡くなられるとわかっている患者さんで、35〜36才の若い方でした。結局、腎臓が悪

くなって亡くなりましたが、そういう患者さんの一言によって、自分の人間性がさまされていくという経験は、看護婦なら絶えず経験していることだと思います。

2つの要求を、1つの体の中に表現してゆくというのは、どういうふうに行っているんだろう。非常に評判のいい看護婦というのは、きっとその2つの要求を、非常にうまく併合しているんじゃないでしょうか。そして、評判の悪い看護婦というのは、非常に腕がたつ看護婦だけど少し、やさしさに欠けるねとか言われたり、あの人はやさしいけど、もうちょっと仕事ができたらねとか言われますね。それをどう組みあわせるかは、教育では教えません。なぜ教育で教えないのかというと、そういう理論がないからです。そういう概念・考え方がないからです。そこで、現場の中で看護婦のやっていることを、一生懸命記述して行って、そのメカニズムを解きほぐしてゆくという作業が必要ではないでしょうか。

また、とにかく看護者というのは忙しく働きながら2つのことを同時にするという特徴があります。患者さんの所へ行って血圧を測りながら、患者さんの観察をして、となりの患者さんの様子もちらっと耳に入れながら、婦長さんから言われたことをどういうふうにこの患者さんに言うかと思ひながら、いろいろないくつものことを同時進行しています。その数が多ければ多いほど、変数が多ければ多いほどそれだけ役に立つ看護婦なわけですね。

実習の学生を見ますと、一番最初の総論のとき、検温に30分位かけることがあります。どれだけのことができたかなと聞いてみると、必ずいくつかのことがぬかっています。そこで必ず患者さんの所へ戻って、食事のことを聞きに帰ったりするわけです。また、便の方はどうだったかと聞くと、「今日は1回ありました。」だけで、どういう便だったのかは聞いてなくて、また戻ってゆくわけです。基本的な情報だけを得るのに、30分かけて帰ってきてはまだ得られないわけです。ベテランの看護婦だったら、行って5分とかからずできているわけです。つまり、同時にいろいろな事柄の情報を非常に早くキャッチしながら、そして自分の言いたいこと行いたいことをしてケアをしているのです。そのような多変数を、どのようにこなすかというあたりは、技術論で習わないわけです。実習で教えないわけです。そして、「当然そういうことはできるはずよ」「考えていったらできるはずでしょ」と、教育者は言うわけですが、実習生にとってはそうはいかないわけです。一生懸命やればやるほどできないのです。それを、どうできるようになるか、そしてそのことのもつ意味が、いくつまでの変数を扱うと人間的な看護ができるのか、どういう変数が重なってくると人間的看護ができないのかなんてことは、ちっともわかってないわけです。

もう1つは、うそと真実です。我々看護婦ほど、職業としてうそをつくのが上手なものはないでしょう。うそも方便と言うけれど、それも方便どころではない、重要な事柄を、非常に熱心に

うそをつかないといけないのです。相手をいかに説得するうそを言うか、その技術を学ぶわけです。その、うそと真実を一人の人間の中でどうこなしてゆくのかというのは、これも非常に重要な課題です。燃えつき現象という、看護婦の現象の中で重要な現象は、このうそと真実の重みに耐えかねていく看護婦が多いからともいえましょう。

たとえば、6人部屋の患者さんのところへ行くと、1人の患者さんはよくなっていて、退院寸前なので、「退院できてよかったね。がんばってね。」と、ニコニコしておいて、すぐに後ろを振り向いて、何センチともはなれていない別の患者さんの所にゆくと、「今日、気分はどう」としずんだ顔になります。患者さんにあわせてニコニコしたり、沈んだ顔をしたり、そういうことを私達は平気でやるわけです。そうしないといい看護婦ではないわけです。そういうことは、いったいどういうことなのでしょう。実習の時というのは、1人の患者さんだけ持つわけですから1人の患者さんの所へ行って、真剣な顔をしてすわっていればいいのですよね。そういうことの意味が本当にわかっていないわけです。

たとえばもう1つは、保健婦さんの領域、または予防領域です。私達は、病気の早期発見を非常に強く言います。早期発見の指標に使われるのはしかし、病気の徴候の初期のものですね。その病気独特の徴候が多い。しかし、それ以前の問題というのがきっと予防領域であるんじゃないかと思うわけです。それはどういうことかと言うと、たとえば私は、疲れてきますと、まず電話ノイローゼになります。電話が鳴るとすごく心にひびくのです。ドキドキしたりして非常にしんどいのです。だから最初はざぶとんをかぶせます。ざぶとんをかぶせても聞こえますから、そのうち押し入れに入れます。今、私の住んでいる所はあばら家ですけど、電話だけはシステムがよくて、はずせるわけです。あれは非常にありがたいですね。私は、神経が疲れますとまず、電話ノイローゼになり、そのうち口腔内アフタができます。そういうふうに、人にはそれぞれ独自の疲れの徴候というのがあるわけです。その疲れの徴候は、何も1つの病気ではないし、病気につながるものではありません。しかし、それを積み重ねてゆくことが、ストレスを重くしてゆくことで、何かの病気につながります。その非常に最初の段階の時に、その人らしい疲れ方というのがあります。たとえば、首のつけ根がこる人だとか、足だけがだるくなる人だとか、顔つきが非常に陰悪になる人だとか、ニキビがたくさんできはじめるとか、いろいろとその人らしい、自分だけが知っている、または自分の周辺の人知っている、疲れの徴候というのがあります。その疲れの徴候あたりをつかむというのは、生活にかかわっている看護者らしい発想だと思います。そういうふうな、もっともつこまかい所で、私達の身近にある所の看護現象を、どう記述してゆくかということが、私達のこれからの課題ではないかという具合に思います。

看護に携わっていると、私達は絶えず、おかしいと思う現象があります。自分ではいつ

もりでやっていることが、どうもうまいかないということがあるわけです。その、どうもうまいかないというあたりを、どう大事にしてゆくかということは、自分が看護現象からどうくみ取って理論化してゆくか、概念化してゆくかというきっかけになる気がします。それはどういうことかと言うと、私の自分の側で言ってみましょう。私の研究領域というのは、甘えネットワークという概念です。甘えというのは、みなさんよくご存じの、甘えるとか甘やかすとかの甘えで、土居健郎の「甘えの構造」のあの領域です。

どうして興味を持つようになったかと言いますと、日本にいる時私は、甘えというのはあたりの現象で、日常的におこっている現象で、ちっともめずらしいことではなかったのです。それが、アメリカに行ってアレっと思いました。日本で私が全然知らない人と出会うと、私が無意識に使っている1つの方法が人に甘えるということなのです。どう人に甘えるかということなのです。たとえば、一番初め私達が初対面でお目にかかりますと、お互い同志何を言うかという「よろしくおねがいします」という言葉を使います。あれくらい曖昧な言葉はありません。外国へ行ってよろしくおねがいしますと言いたかったのです。はじめてお目にかかる人に言うと便利です。よろしくおねがいしますと言ったら、何もかもうまくいきそうな気がするんです。しかしよろしくおねがいしますという言葉が見つからないのです。最初は、自分の英語能力が低いからちょうどそれにあう英語がわからないんだと思っていました。

アメリカの生活も長くなって、日本人が観光にいらっしゃって、その中のある方が、大学の先生に紹介してくれというので、ご案内したのです。英語が話せない方でしたので、その方は私に是非、「よろしくおねがいします。」と言ってくれと言うのです。本当に困りました。やさしくして下さいという言葉は、Please be kind to me とか、be tender to me などがありますが、部対面の人に、「私にやさしくして下さい。」というのはおかしいんですね。また甘やかして下さいという、甘やかすすぎの意味の spoil という言葉もあります。また、私を世話して下さいという意味の Please take care of me もあります。しかしこれはまるで患者さんが言っているようで、普通、初対面で言う言葉ではないわけです。

よろしくおねがいしますと、お互いに甘えているわけです。よろしくおねがいしますと、あいさつできたら、うまく次に行きそうな気がするのです。しかし、アメリカでは、Hello. How do you do. Nice to meet you という風に言って、それで終わるのです。そこから何を言ったらいいかわからないのです。そこで、そういう何かおかしいなと思うことがおこってきたわけです。

最初に留学の時には、「私はあなたに甘えています。」と言いたかったのですが言えなくて私はこれも語学の問題だと思って帰ってきました。ところが土居健郎先生の本を読みますと、そ

ういう英語がないんだということがはっきりわかりました。英語がない、言葉がないというのは、そういう現象が世の中にあるということとは違うのです。そういうふうに意識してないということです。言葉がないということは、アメリカ人が甘えてないということではなく、そういう事をさす言葉がないのです。だから今度アメリカに行きました時、いろいろ見てたのです。すると確かに、多少人間関係がちがうのです。

たとえばアメリカに行くとき、日本の日航と、パンアメリカンなどアメリカの飛行機に乗る機会があります。チャンスがあって、一番サービスのいいファーストクラスに乗ることができました。そこで、両方のサービスを較べると、全然違うのです。アメリカ式のファーストクラスというのは、布のナプキンが広げられ、オードブルから始まって次々と、金属製の食器に、陶器を使ってとかいうサービスがあるのですが、ウェートレスが来るとき、目は笑っているのです。ニコニコ笑っていて、フレンドリーな言葉を使うのですが、本当にやさしさが伝わらないのです。非常に効率がいいのです。非常にてきぱきしていて、てきぱきした看護婦というのはこういうイメージなのだろうと思うような感じで動いているのです。日航のステewardessというのは、日本でもスマートだと言われるかもしれないけれど、前者に較べるとそんなにスマートではありません。「どうですか、よろしいですか」と、丁寧に丁寧に聞いてくる所が、もたもたしているのです。だけど、アメリカと較べるとあたたかいのが伝わってくるのです。私は日本人ですから日航の方がすごく居心地がいいわけです。では、アメリカ人は日航の居心地が悪いかというと、そうではなくて、日本の女性の評判がいいのは、ああいうあたりにあるのだと思います。

あきらかに2つは違っています。人間関係のとり方の中でも、いい人間関係のとり方がちがうんだということがわかってきました。そして自分は看護婦だから臨床に出かけた時のことです。いろいろな患者さんに会っていると、我々日本人の看護婦というのは、アメリカ人の看護婦から見ると、非常によぶんなことをしているんだなということがわかってきました。

たとえば、重症な患者さんがいて、亡くなりかけていました。私は、医者がつかなくても、当然看護婦はそばにつくものと思っていました。日本のマナーですよね。だから、お医者さんがいらっしゃる時に、私もついて行ったのです。そしたら、「いやいいです。こなくても。」とお医者さんは言われました。「私が最後の脈を見とりますから、君こなくてもいいですよ。」と言うのです。そんなこと言われても、今までずっと自分がケアしてきた患者さんが亡くなるのだからそばにいるのは当然だと思うわけです。そう思ってつつ立っていました。患者さんは、どんどん悪くなっていて、もう意識はありませんでした。すると、「君、どこから来ました。」と、お医者さんが聞くのです。「日本からです。」と言うと、「それじゃあ、日本の女性というのは、やっぱりそんなものですか。」と言うので、「どういう意味ですか。」と聞きますと、「アメリカ

の看護婦だったら、他に忙しい時、いいですよと言うと、喜んで他にとんでゆきますよ。」というのです。

そういう具合に、合理的に考えて行動する所があるのです。しかし、私達は、合理的に考えきれないところがあります。そこが区別と差別がわからないという我々の特徴、つまり、甘えている所でもあるわけです。何もかもいっしょにする所から、これは非常に重要なキー概念だと思います。これはどういう所で言うのかというと、みなさんが現場に出て行った時です。その時、おかしいと思うことや、困りはてることがあります。それが、1人1人おかしいとか困りはてることは違うものです。この理論化をめざすというのは、なかなか集団ではできにくいことなのです。というのは、その1つの現象を抽象化してゆく作業は、1人1人の頭の中でする作業だからです。頭の中でする作業というのは、どうしてそれをするのかという理由があるわけなのです。

それは2つあると言われています。1つは、good reason と real reason といわれるものです。good reasonと呼ばれるものは、たとえば、「どうしてあなたはそのことに興味を持ちましたか。」と聞きますと、「こういうことが看護ではわかってないからです。ここが大事だからです。」という、いわゆるたてまえの部分が出てきます。一方、real reasonと呼ばれるものは、自分の本音なのです。自分にとって大事なことなのです。私は、甘えにかかわっていたときは、精神科看護婦ですから、人と人との関係のかかわりというのは、とても興味の対象となるわけなのです。というあたりが、good reason つまりたてまえなのです。日本の看護婦と患者さんの関係と、アメリカの看護婦と患者さんの関係は、どうも違ってしています。というのが本音でなく、たてまえの部分なのです。本音は、私は非常に甘えの多い人間だから、自分にとってこの甘えということ、依存ということは重要なことだからということなのです。だからこれは私個人の need が高いということなのです。

最近、ある看護婦さんが老人の観察記録をしています。その人は自律ということに興味をもっているのです。患者さんの自律、つまり自分を律すること、自分で自分のことをする。自分の世界を支配するマスターするということで、非常におもしろいことが次々わかってきました。患者さんが看護婦をどう使うかということが非常に明確になってきます。その人らしく看護婦を使うのです。我々は看護でアプローチして行って、看護計画にしたがっているかのように見えるんだけど、患者側が適当に看護婦を操作している部分というのがあります。実際やっているとご存じでしょう。その患者が、どう自分の状況をコントロールし、マスターしてゆくに興味がある人なのです。私は依存に興味があり、彼女は自律に興味があるわけなのです。だから、この4つが交錯してゆくと、非常におもしろい看護現象が見えるわけです。

2人で討論した時、私は一生懸命依存から説明をしました。彼女は、一生懸命考えまして、ど

うしてもわからないというのです。「わからないってあなたこれくらい明白なことがわからないの。依存はこうでこうで……。」と言っても、わからないのです。どうしてわからないのかというと、彼女の個人的ニードは、彼女の個人的生活のあり方というのが、自分で自分の生活をいかにデザインするかということであり、いかに自分で自分の生活を自分らしくするかということに彼女は生涯をかけているからなのです。そのことが、とても大事なのです。私は、人にどうかかわるかが大事なのです。しかし彼女は、自分の生活を自分らしくしていくことに非常に興味があるわけです。そうすると、私の関係している領域はわからないわけなのです。私がいくら言ってもムダなわけです。しかし彼女は、自分の領域においては、ああそんなことがあるのかと思うような、おもしろい看護現象が次々と見えてくるのです。我々の現場おこっている看護現象のいろいろな事柄を、おもしろいな、おかしいなと思って、それに取り組むかくまないかということは看護に必要なだけというだけでなく、自分の知性的レベルだけでなく、その人の個人的ニードというものがそこに非常に深く介在しているということが、とても大事です。つまり、たてまえ論ではなく、本音の部分でやってゆくことが大事なのです。

物理学の教師が、おもしろいことを言っていました。物理学の理論でさえも、その物理学が、なぜそういう原理が見つけられたり、原則が見つけられたかということ、見つけた人がいるからで我々の理論というのは、人がつくったものです。人というのは必ず心理を持っています。だから物理学は心理学なんだという言い方を彼はしていました。つまり、その人の作ってゆく人の心理がわからないと本当にはわからないというのです。

もう1つ彼は、おもしろいことを言いました。今まで物理学というのは、観察というのが非常に重要でした。たとえば、ベールの奥に、美人が隠れているという現象があります。今まで物理学の美人の見つけ方というのは、美人がいるなと見ると、そこへ行ってベールをはがして、あ〜美人だと見たというのです。これではおかしいと彼はわかり、どういうふうにしたらいいかと考えました。彼だけではなく、物理学の連中が言いだしたのです。美人だって生き物です。彼ら物理学の現象というのは生きたものでなかったのです。そういうことができたけれど、これからは、物理学の領域もずっと広がってゆくでしょう。生きている物を対象とした時、「これから開けますよ。」と言わずに開けると、向うはびっくりするでしょう。美人たるものが美人ではなくなるかもしれません。しかし、「これから開けますよ。」と言うと、向うは心構えをして、お化粧をするかもしれません。美人ではないのに美人になるかもしれないのです。つまり、観察者とこちら側との相対的な関係が、その物体の原理そのものを変えるというんですね。物理学がそんなことを言う看護はどうなるんだろうかと思うほど看護に近いなあと思って聞いたわけです。つまり我々は観察者ですね。理論化してゆくというのは、現場の中から自分にとって大切な現象を、

自分の目を通してみる。自分がかかわってゆく。そして相手とのかかわりの中で見えてくるわけです。だから私は、自分のかかわり方、自分にとって大切なことというのを、まず大事にしたいというふうに思います。しかし、それだけではできないんです。絶えず勉強してみたいと思っている。

日本の現場の看護婦ほど意欲のある看護婦というのは、世界じゅうさがしてもいないと私は思っています。今日のこの真夏の暑いさ中に、これだけの人が集まられるというのは、これだけ意欲があるということですし、冷房がきかないくらい熱気が高まっているというのも、それほど熱気があるというわけです。つまり、一人一人は意欲があるのです。

それではこの熱気、個人の内なる「やる気」をどのように伸ばしてゆけるのでしょうか。ここを分析したい、ここを見てみたいなと思ったり、これを観察したら何か発見できるのではないかなと思ったり、何かしてみたいなと思うものが出たら必ず、誰かに言うことが大事です。人に言うことはとても大事なことです。周囲の人に、「私はこういうことに興味があるのよ。」「ここ、すごくおもしろいと思うんだけど、あなたはと思う。。」ということを言うのです。「このへんを勉強したいのよ。」と人に言うと、それだけ多少責任が出てきます。言っぱなしではいけません。責任が出てくるだけでなく、言うことで相手の反応が得られるのです。

自分がたとえば現場の中でこれはおもしろいと思って、1人よがりでおもしろいと思ってても周囲が聞くとちっともおもしろくないとか、何かピンとこないというのは、どこかまちがっているからなのです。それは1人よがりです。最も周囲が、鈍感な人達ばかりだと、せっかく天才的なひらめきが出て、ちっとも天才になりません。しかし1相対的に我々が鈍才だとしますと、平均的鈍才がすることは、周囲と話しあうことで同意が得られます。ああなるほどなと思えることがあります。

たとえば、土居健郎氏の「甘えの構造」の甘えが一世を風びしました。確かにベストセラーの中の1つですが、みんながどれ位くわしく読んだかという、それはわかりませんね。甘えの理論を読んでいる人も、甘えの構造を土居氏のように見たかというそうではないのです。ただ、甘えというのはとても重要な現象なんだと彼が言ったそのことがまず受けたわけで、そう言われてなるほどなと思ったのです。

⑤ 中根千枝さんの「タテ社仕の人間関係」でも、その本を読んで感心している人と、日本は縦社会だと言われただけでなるほどと思って納得している人とがあるわけです。

つまり何か納得させるものがあると、それだけ普遍性が高いのです。納得している人がいる以上、何かあるなと思えばいいのです。だから自分が現象を見て、おかしいな、何か調べる価値があるな、このあたりをもっと概念化したいなと思うと、それを友達や先輩に言うのです。全然関

係ない一般の人に言うのです。御主人や子供とかに言うのです。これが最も大事です。

看護の世界というのは、非常に閉鎖的です。看護には、共感だとか受容だとか患者中心の看護だとか、いっぱい言葉があります。それを他の所へ持って行って見せますと、ちんぷんかんぷんで何を言っているんだろうと思われるわけです。看護の論文ほど、他の世界の人にわかりにくい論文はないんだそうです。それほど1人よがりな所があるので、我々は是非他人に言う必要があるのです。看護外の人に言う必要があるのです。言ってみて、「おもしろいよ、やってみたら」と言われたり、向うは言わなくても、自分で言うことの中で情熱を感じられるようなものは、是非とりかかる価値があるものです。その後何をするかというと、もうあとは、文献を学習して、実際に現場で1つ1つ記述してきて、また持ちよってきてみんなにしゃべって、また現場に帰ってという作業をくり返し、くり返してゆくことで、自分の概念をつかむということです。

たとえば、先に話した自律に興味がある彼女は、生活をデザインするという概念をつかみとっています。患者さんは、生活を自分なりにどうデザインするのかということです。何か自分がこれを一生見てゆきたい、せめて3カ月でも見てみたいと思うような現象に、自分がこだわるということがとても大事です。看護理論家達は、最初に申しあげましたように、非常に偏屈者が多いと言いました。偏屈者というのは、何かというとこだわる人達です。看護婦の1つの特徴は、何か言われたら、ああそうですかと、非常にすなおなのです。

私は、高知から東京へ行っておもしろいと思ったのは、東京の看護婦の方がずっとすなおだということです。看護学生も看護婦も、高知のいごっそうというのはいいですね。すなおじゃないんですよ。反応を見えてもわかるのです。高知の方が首をかしげる率の方が高いのです。それは大事だと思います。つまり、こだわる所、首をかしげる所というのは自分の何かがあるからです。こりかたまって、偏見だと言われるかも知れないけれど、そこからスタートするという事ではないかと思います。

時間がまいりました。

現場の中で看護概念を育ててゆくには、2つの方法があります。1つは、既成の看護理論の中で自分の気に入った理論を、仲間を作って現場の中へおろしてゆくというこまかい作業をしてゆくことで、その中で、理論が使えるかどうかをためしてゆくことが、実践にいる人達の1つの役割です。個人個人は、自分のたてまえと本音に正直であって、自分にあった1つの考え・理論・概念というのをつかまえて、こだわって、それを発展させていってほしいのです。そういうふうにして、お互いコツコツと鈍才同志で力をあわせてゆくと、いつの日か天才があらわれて、看護をワッと花咲かせてくれるのではないかと、お互いに夢を見たいのですが……。

今日はここまでにして、質問をいただきたいと思います。

質 疑 応 答

質問 1.

先程、先生のお話の中で、6人部屋の中の明日退院される方におめでとうございませうと言ひ、重症な方には沈んだ顔をするという場面がありましたが、私の経験では、患者の反応というのがすごく気になります。

私が部屋に行く時間より、病室で生活している時間の方がずっと長いわけだから、そのへんの心理的・性格的というものをもっと知っているのではないでせうか。

簡単におめでとうございませうと言ひて振り返って、沈んだ顔しても、そらぞらしい気がして、いつもギャップに悩みながら同じ反応をくり返している現状がつづいています。それをどう解決してゆけばよいかという方法は、まだはっきりしないとおっしゃったけれど、どういふふうにかえてゆけばよいのかという、ちょっとした方向性でもあったら教えていただきたいのと、患者に対してそういう反応をつづけていってよいのかということをお教えいただきたいのです。おねがいします。

そこにこだわっているのだしたら、そこがあなたの看護のキー概念になると思います。もちろん解答なんてあるはずありません。わかってないからですね。看護教育では、患者さん1人1人のニードにあわせて、その人のニードにそくしてやりましようとおえられ、退院する人にはニコニコし、悪い人には沈んだ顔をしなくてはいけない様に習ってきました。代々看護婦はそうしてきて、先輩もそうしてきたわけですね。先輩になればなるほど後めたさがあるのかしらと思うくらい、うまくそれをやりますね。代々続いてやってくるということは、それなりの意味があるのだと思います。私はそう仮定しています。それがうまくいかなかったら、そんな方法というのはすてられているでせう。だから我々看護婦というのは、自然に引きついでいる技法というのが何らかの意味があり、何らかの効果があるだろうというふうに見ていいと思います。

そして、それならば患者さんは、それをどう見てのだろうというあなたの視点は、とても大事です。それは、ご自分で調べられたらいいと思います。単刀直入に患者さんに聞かれたらいいのです。または、患者さんのへやにいて、何かのついでにずっとすわっていることがあれば、他の看護婦がやっている事を見て、その看護婦が出ていったとき、患者さん達がどう言っているのかを聞いてみたらいいのです。そういうことを積み重ねていったらわかるのです。

もちろん、患者さんのパーソナリティもありまして、非常にひがみっぽい患者さんもしれば、非常にすなおな患者さんもあるわけです。それぞれに違ふので、それらの反応を、いくつか積み重ねてみれば、患者さんが、そういうことに対してどう受けとっているのかみえてくるのではな

いでしょうか。つまり、患者さんが、ああいう風にしないといけないからああしてるんだな、と受け取っているかもしれないし、そらぞらしいことをよくやってるなと思って見てるかもしれないし、あの人は本当は心はやさしいのだからそういうつもりではないんだ、と受け取っているかもしれないし、いろいろあるでしょう。患者さんがどういう風に受け取っているか、見ているのかとあなたが気にな検ているのだったら、そこが、あなたのこれからの看護概念を構築させてゆく所でしょう。

もう1つ、あなたがこだわっているのは、我々のそらぞらしさをどうするかですね。そらぞらしいということを、先輩達はどう乗りこえてきたのでしょうか。いかにもそらぞらしさがないかのように自信をもってやっていらっしゃる方に、直接聞いてみたらいいのです。しかられてもともとです。どんな研究だってリスクをかけられ、それなくしてはありえないのですから。しかられるのを覚悟で聞かれたらいいと思います。そしたら、以外に本音が出てくるかもしれないし、たてまえだけで押し通す人もいらっしゃるかもしれません。それも真実かもしれません。たてまえだけしかとおさない看護婦にだんだんってゆくのかなとか、本音がなくなるんだなという具合になるかもしれません。また、本音とどこかでうまく融合している、つまり看護婦がくり返しやってゆくうちに、確かにこれは効果があると、個人的に体験したためにそうやっていらっしゃる方もいるかもしれません。それは、非常に大切な資料だと思います。

体験して学習するということが大事なので、看護婦に聞かれたらよいでしょう。どちらに興味があるかによって、あなたの今後進んでゆく研究の道があるのではないかと思います。是非、こだわってやっていただきたいです。

質問 2.

私は今日のお話を聞きながら、高度の理論に基づいたお話でしたので、今の御質問者のようにもっとくだけた、楽しい討論にしていただけたらいいのにと思いました。

今の御質問者の言われたような場面があった場合、患者にとりましたら、適当にあしらわれてるのではないかと思うのではないのでしょうか。私は、土佐のいごっそうですから、自分が患者になると、そうなるだろうと思うのです。だから、そういう場合看護者は、どういう態度で看護にあたらなくてはならないのかということを、今日、発展的に討論できましたら、勉強になるのではないかと思います。患者側からみれば、あしらわれるということに対して、南先生はどういう風に考えられていらっしゃるのでしょうか。

本当は、先程の御質問を、少なくともここにいらっしゃるみなさんがどう感じているか討論し

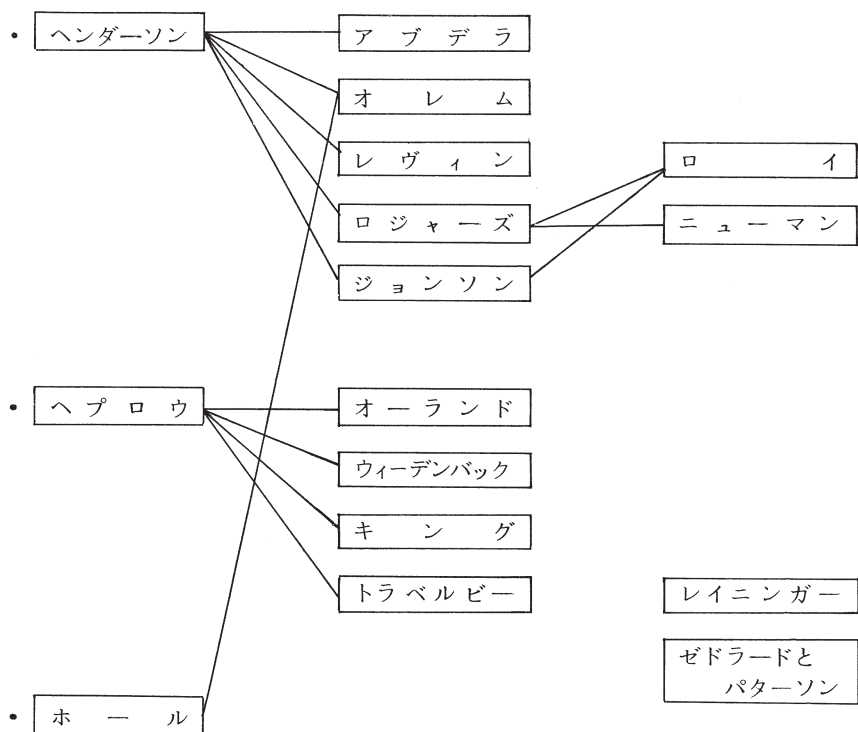
てゆけば、1つの看護概念を生み出してゆく手がかりとなり、とてもおもしろいディスカッションになるだろうと思います。時間がないので残念ですが……。

私は、患者さんによってちがうと思います。私もひがみっばい方ですから、看護婦にそういう態度をとられたら、とてもひがみっばく私も思うでしょう。しかし、自分が病棟に出て、そういう風に観察する機会がありますと、ひがみっばい人達だけではないんだと、最近思うようになりました。患者さんの中では、そういうことを超越していらっしゃる方も、けっこういらっしゃるのです。患者さん自身もそうされているからです。6人部屋をみえますと、看護婦が1つのモデルになるからでしょうか。それとも一般的にそうするからでしょうか。患者さん同志も、元気な人に対してはニコニコして話しますが、同じルームメートの重症な方に向って話す時は、決してニコニコしていないのです。これが、患者側でうまくスムーズにおこなわれている所があるのです。

だから、うそを言っていない以上、（うそを言うからこれも問題になるのですが）「退院できてよかったですね、がんばって下さい。」と言って、「今日、息苦しいのはどうですか。」という差は、患者さん自身もやっていたらから、自分がそうされたとき、必ずしもしらじらしいとは思わないのではないのでしょうか。そういう患者さんもいるし、または、非常に自分の不安が高まって、看護婦不信におちいっている患者さん達にとっては、看護婦の全ての行動は疑がわしく思われて、抵抗を感じるでしょう。それは、人によって違うと思います。

私は、患者さん側がどう考えているかを中心にした臨床体験というのが、そうないため、今の時点で、一般化して患者さんがどう考えているかというのは申し上げられません。むしろ、若い方に研究課題として取り組んでもらいたいと思います。患者さんに聞いてほしい、患者さんからデータを集めて一生懸命聞くことで、患者さんの中からの反応を見てほしいと思います。

資料1 ……… 看護理論家たち



資料2 ……… 〈 看護の目標 〉

- 健康状態の改善・維持・増進
- 対象者の自立を促す

〈 下 位 目 標 〉

- 個人の自然治癒力が十分働くように環境を整える。
- 個人の基本的ニーズを充足させる。
- 個人の適応能力を高める。
- 自分で自分のことができるようにする。
- 周囲との調和が保たれるようにする。
- 人と人との関係の中で、自己洞察が深まる。

資料3 …… 理論の段階

1. 記述
2. 説明
3. 予測
4. 規定

資料4 …… 看護過程

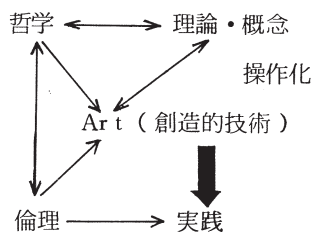
問題解決法

アセスメント
↓
診断・目標の設定
↓ Planning
実施・実践
↓
評価

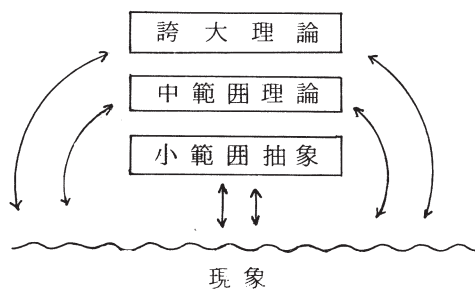
人間関係の展開

関係をもちはじめの時期
↓
関係の成立時
↓
関係の深まる時期
↓
関係を終決させる

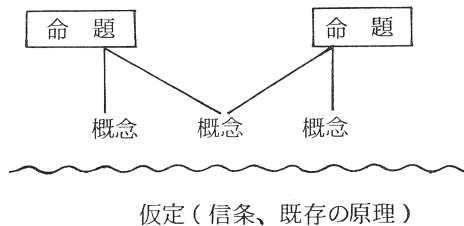
資料5 …… 理論と実践



資料6 …… 理論と現象



資料 7



引 用 文 献

1. ヒルデガード・E・ペプロウ著、稲田八重子他訳「人間関係の看護論」医学書院、1973。
2. ヴァージニア・ヘンダーソン著、湯楨ます他訳「看護論」日本看護協会出版会、1967。
湯楨ます他訳「看護の基本となるもの」日本看護協会出版会、1966。
ヴァージニア・ヘンダーソン他著、荒井蝶子他監訳「看護の原理と実際」メヂカルフレンド社、1979。
3. Lydia Hall, "Another View of Nursing Care and Quality", address given at Cathdic University Workshop, Washington, D. C., 1965。
4. フェイ・G・アブデラ他著、干野静香訳「患者中心の看護」医学書院、1963。
5. ドロセア・E・オレム著、小野寺杜紀訳「オレム看護論：看護実践における基本概念」医学書院、1979。
6. Myra Estrin Levine, Introduction to Clinical Nursing, 2nd ed. (Philadelphia : F. A. Davis Co., 1973)
7. マーサ・E・ロジャース著、樋口康子他訳「ロジャース看護論」医学書院、1979。
8. ドロシー・E・ジョンソン「看護の哲学」(稲田八重子訳)看護の本質 現代社 1967。
9. シスター・C・ロイ著、松本光子訳「ロイ看護論：適応モデル序訳」メヂカルフレンド社、1981。
10. M. Newman : Theory Development in Nursing, Philadelphia, F. A. Davis Co., 1979。
11. アイダ・J・オーランド著、稲田八重子訳「看護の探究」メヂカルフレンド社、1964。
12. アーネスティン・ウィーデンバック著、外口玉子他訳「臨床看護の本質：患者援助の技術」現代社、1969。

13. イモジン・M・キング著、杉森みどり訳「看護の理論化：人間行動の普遍的概念」医学書院、1976。
14. J. トラベルビー：人間対人間の看護、長谷川浩・藤枝知子訳、医学書院、1974。
15. M. Leininger : Transcultural Nursing ; concepts , theories and practices , New York , John Wiley & Sons , 1978。
16. J. Patterson and I. T. Zderad : Humanitic Nursing , New York , John Wiley & Sons , 1976。
17. 前掲(3)
18. Jean Watson : Nursing The Philosophy and Science of Caring , Bostom Little , Brown and Company , 1979。
19. Rosemary Ellis : Characteristics of significant theories Nursing Research 17(3) 1968、218～222。
20. 薄井坦子著「科学的看護論」日本看護協会出版会、1982。
21. 野島良子 人間看護学序説 医学書院 1976。
22. 前掲(9)
23. 前掲(2)
24. 前掲(5)
25. 前掲(7)
26. 前掲(1)
27. トーマス・クーン著、中山茂訳 科学革命の構造 みすず書房 1971。
28. 前掲(7)
29. Patricia R. underwood Nursing Care as a determinate in the development of self care behavior by hospitalized adult schizophreniac , DNS dissertation , unisevsity of Calitornia , San Francisco , 1978。
30. 前掲(5)
31. 前掲(6)
32. 氏家幸子：看護技術学確立のための研究とその立証。第15回日本医学教育学会シンポジウム：これからの看護学のめざすもの。1983・7・京都。
33. Shizuko Fagerhaugh : 講師との面接において、1982、10。
34. 土居健郎「甘えの構造」 弘文堂、昭和48年。
35. 中根千枝 タテ社会の人間関係 講座社現代新書。